

Revista Médica Sinergia
ISSN 2215-4523
Vol.1 Num:3
Marzo 2016 pp:11 - 13

FIBROMIALGIA (FIBROMIALGIA)

* Yazareth Cerdas Cascante

RESUMEN

Esta enfermedad se define como un síndrome doloroso, los pacientes con fibromialgia también suelen manifestar síntomas neuropsicológicos de fatiga, sueño no reparador, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. Es más frecuente en mujeres que en varones.

El síntoma más frecuente es el "dolor generalizado"

Su diagnóstico es de exclusión.

DESCRIPTORES

Dolor generalizado, fibromialgia, síntomas cognitivos, dolor crónico

SUMMARY

This disease is defined as a pain syndrome, fibromyalgia patients often also manifest neuropsychological symptoms of fatigue, restless sleep, cognitive dysfunction, anxiety and depression. It is more common in women than in men.

The most common symptom is "widespread pain"

His diagnosis is one of exclusion.

KEYWORDS

widespread pain, fibromyalgia, cognitive symptoms, chronic pain

Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED)
San José- Costa Rica
Correo:
yazarethcc@gmail.com

GENERALIDADES

La fibromialgia (FM) se define principalmente como un síndrome doloroso, los pacientes con FM también suelen manifestar síntomas neuropsicológicos de fatiga, sueño no reparador, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. FM afectan a los músculos, se manifiesta con dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones. Los tejidos no se acompañan de inflamación. Por lo tanto, a pesar del dolor potencialmente incapacitante, no desarrollan daño a los tejidos o deformidad. La FM es el segundo trastorno más común observado por los reumatólogos y representa una

subpoblación de pacientes en la atención primaria.

EPIDEMIOLOGIA

Es más frecuente en mujeres que en varones, con una proporción aproximada de 9:1. En los estudios mundiales de población tiene una frecuencia aproximada es de 2 a 3%, Estos datos de frecuencia son similares en cualquier nivel socioeconómico.

FISIOPATOLOGÍA

Hay anomalías en el sistema nervioso autónomo y neuroendocrino, factores genéticos, variables psicosociales y estrés medioambiental. Estos factores genéticos, variables psicosociales y Estrés medioambiental. Estos factores

están implicados con otros trastornos que coexisten con FM, como síndrome de fatiga crónica y enfermedad temporomandibular. Los síntomas de dolor de la fibromialgia también pueden implicar alteraciones en las vías descendentes de inhibición del dolor. La transmisión de información sensorial al cerebro es inhibida por la activación de las fibras que descienden del tronco cerebral a la asta dorsal, principalmente a través de la liberación de neurotransmisores asociados con las variaciones en el dolor y el estado de ánimo (por ejemplo, norepinefrina y serotonina). Las pruebas psicofísicas de pacientes muestran alteración sensorial en el procesamiento del dolor aferente y alteración de las vías descendentes que controlan la inhibición de estímulos nocivos produciendo hiperalgesia y alodinia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor e hipersensibilidad: el síntoma más frecuente es el “dolor generalizado”. Casi siempre se ubica por arriba y debajo de la cintura, en ambos lados del cuerpo y abarca el esqueleto axial (cuello, espalda o tórax). Es un dolor intenso y reduce la capacidad funcional. Para el diagnóstico es necesario que haya existido dolor durante la mayor parte del día, la mayor parte de los días y al menos por tres meses. **Síntomas neuropsicológicos:** Los pacientes manifiestan fatiga, rigidez, trastornos del sueño, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. La intensidad de los síntomas varía, pero no necesariamente existen en todos los pacientes ni en todo momento, dichos síntomas repercuten en mayor o menor medida sobre la función y la calidad de la vida. El dolor, la rigidez y la fatiga empeoran con el ejercicio o las

actividades no acostumbradas (malestar general después del ejercicio). Los síntomas cognitivos se caracterizan por lentitud para pensar, dificultad para concentrarse, dificultad para recuperar palabras y pérdida de la memoria de corto plazo. Los estudios han demostrado que estas alteraciones función cognitiva, se acompaña de ansiedad y depresión y la frecuencia de desórdenes del carácter en los pacientes con FM es cercana a 80%.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo esta, la predisposición familiar. Los parientes de primer grado de pacientes tienen 8 veces más riesgo de tener FM. Los factores ambientales, como traumatismos o lesiones físicas, infecciones (enfermedad de Lyme y la hepatitis C), y otros factores de estrés (como el trabajo, vida familiar e historia de abuso), tienen un riesgo adicional.

DIAGNOSTICO

En los pacientes con FM los resultados de laboratorio y los estudios radiográficos, son normales, se hace como estudios complementarios y con el fin de excluir otras enfermedades primordialmente. No se recomienda realizar estudios de imagen como Resonancia magnética (RM) de columna vertebral a menos que exista características sugestivas de algún trastorno inflamatorio. La Asociación Americana de Reumatología (ARC) propuso nuevos criterios diagnósticos para la FM que incluye síntomas tales como fatiga, trastornos del sueño y problemas cognitivos, así como el dolor (Tabla1). El examen de los puntos sensibles se reemplaza con un índice de dolor generalizado (WPI) y severidad de los síntomas (SS). El diagnóstico se basa en la puntuación WPI y la

puntuación SS ya sea: WPI de al menos 7 y puntuación SS de al menos 5, o WPI de 3-6 y la puntuación SS de al menos 9.

Tabla1:Nuevos Criterios Diagnósticos (ACR)		
Fatiga	Sueño no reparador	Síntomas Cognitivos
0 = Sin problemas	0 = Sin problemas	0 = Sin problemas
1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes
2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.
3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los pacientes con dolor crónico, fatiga y otros síntomas neuropsicológicos necesitan un método para comprender los síntomas que tienen repercusiones sobre su función y calidad de vida. Se debe explicar las bases genéticas, factores desencadenantes y fisiología de la FM para aliviar la ansiedad.

Además, se debe instruir a los pacientes sobre sus expectativas en relación con el tratamiento. Una de las estrategias es el acondicionamiento físico, consiste en empezar con un ejercicio aeróbico de moderado

avanzando en forma gradual pero constante. Los pacientes. Después de alcanzar metas aeróbicas, se empieza con entrenamiento de fuerza. También son útiles las estrategias cognitivo-conductuales que mejoran la calidad del sueño y reducen las conductas patológicas. Existe una variedad de agentes farmacológicos frecuentemente utilizados solos o en combinación para controlar los síntomas de la FM, sin embargo, sólo tres están formalmente indicados por la FDA: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRS), duloxetina y milnacipran, y la pregabalina, un anticonvulsivo. Otros agentes no autorizados, que también se usan para controlar los síntomas son: los AINES, acetaminofén, opiodes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antiespasmódicos, agonistas de dopamina, hipnóticos, benzodiacepinas y relajantes musculares. Sin embargo, sólo cuatro de los agentes farmacéuticos mencionados tienen respaldo para su uso: amitriptilina, pregabalina, milnacipran y la duloxetina. Actualmente las estrategias terapéuticas con mayor éxito en la FM son las que tienen como objetivo las vías del dolor aferentes o descendentes. Es importante evitar los analgésicos opiáceos, ya que no se ha demostrado que sean efectivos y se comprobó que generan hiperalgesia por opiáceos que empeora tanto los síntomas como la función.

Recepción: 2 Febrero de 2016

Aprobación: 20 Febrero de 2016

BIBLIOGRAFIA

1. Bradley, A. (2009, December) Pathophysiology of Fibromyalgia. Am J Med, 122 (12 Suppl).
2. Clauw, J., Lesley, M., Arnold, M. D., Bill, H. & McCarberg, M. D. (2011). The Science of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 86(9), 907-911.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. 2849, 2852